

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK DENGAN DIARE DI RUANGAN**  
**KENANGA RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG**  
**TANGGAL 07-11 JANUARI 2016**



**Oleh**

**SITI MARYAM B. WONGSO**  
**NIM: 132 111 140**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG**  
**PROGAM STUDI DIII KEBIDANAN**

**2016**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK DENGAN DIARE DI RUANGAN**  
**KENANGA RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG**  
**TANGGAL 07-11 JANUARI 2016**

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Mada Kebidanan (Amd. Keb)

Pada Program Studi DIII Kebidanan

STIKES Citra Husada Mandiri

Kupang



Oleh

**SITI MARYAM B. WONGSO**  
**NIM: 132 111 140**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG**  
**PROGAM STUDI DIII KEBIDANAN**

**2016**

### **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Januari 2016

Yang menyatakan



**SITI MARYAM B. WONGSO**

132 111 140

## LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul "**Asuhan Kebidanan Pada ANAK DENGAN DIARE DEHIDRASI RINGAN DI RUANGAN KENANGA RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 07-10 JANUARI 2016**" telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: **SITI MARYAM B. WONGSO NIM: 132 111 140 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.**

Kupang, Agustus 2016

Menyetujui

Pembimbing I



Meri Flora Ernestin/SST., M.Kes

Pembimbing II




Gaudentiana R. Mauk, SST

Mengetahui

Ketua

STIKes CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua

Prodi D III Kebidanan



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

## LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul "**Asuhan Kebidanan Pada AN. K.M UMUR 4 TAHUN 2 BULAN DENGAN DIARE DEHIDRASI RINGAN DI RUANGAN KENANGA RSUD Prof.Dr.W.Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 07-10 JANUARI 2016**" telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Siti Maryam B. Wongso NIM: 132 111 140 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Laporan Tugas Akhir pada tanggal, Januari 2016

Ketua : Florentianuas Tat, S.Kp., M.Kes

Anggota : 1. Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

2. Gaudentiana R. Mauk, SST



Mengetahui,


Ketua

STIKes CHM-Kupang

  
arg. Jap, M.Kes

Ketua

Prodi D III Kebidanan

  
Ummu Zakiah, SST., M.Keb

### **BIODATA PENULIS**

Nama : Siti Maryam B. Wongso

Tempat dan tanggal lahir : Lamahala, 28 Januari 1995

Agama : Islam

Alamat : Walikota

Pendidikan :

1. Tahun 2007 : SDN 2 Lamahala

2. Tahun 2010 : SMPN I Adonara Timur

3. Tahun 2013 : SMAN 2 Kota Kupang

4. Tahun 2013 -2016 : Sedang menyelesaikan pendidikan

program Diploma III di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada  
Mandiri Kupang.

#### MOTTO

**ALLAH MENINGGIKAN ORANG-ORANG YANG BERIMAN  
DIANTARA KAMU**

**DAN ORANG-ORANG YANG DIBERILAH ILMU PENGETAHUAN  
BEBERAPA DERAJAT"**

**KEBERHASILAN TIDAK DATANG SECARA TIBA-TIBA, TAPI  
KARENA USAHA DAN KERJA SKERAS, TAPI USAHA YANG TIDAK  
DIBARENGI DENGAN DO'A, SEMUA ITU AKAN SIA-SIA"**

#### PERSEMBAHAN

Persembahan ini saya berikan kepada kedua orang tua saya bapak Muhammad  
salem wongso dan mama nur guhir ke enam saudara saya, teman –teman  
angkatan VI STIKES CHM-K

## **ABSTRAK**

**SekolahTinggi Ilmu Kesehatan  
Citra Husada Mandiri kupang  
Jurusan kebidanan Kupang  
Laporan Tugas Akhir, Januari 2016**

**Asuhan Kebidanan Pada AN. K.M umur 4 Tahun 8 MINGGU DENGAN  
DIARE DI RUANGAN KENANGA RSUD Prof.Dr.W.Z. JOHANNES  
KUPANG TANGGAL 07-11 JANUARI 2016 .**

**LatarBelakang:** Diare adalah suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang cair dan frekuensi buang air besar lebih dari biasanya (3 kali dalam sehari). Diare merupakan salah satu permasalahan global yang memiliki angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi terutama di Negara berkembang seperti di Indonesia. Penyakit diare erat hubungannya dengan higienitas perorangan dan lingkungan yang buruk. Penyebaran penyakit diare pada umumnya melalui makanan atau minuman yang telah terkontaminasi

**Tujuan:** Mampu menerapkan asuhan kebidanan secara komperhensif dengan pendekatan manajemen kebidanan pada anak dengan diare.

**Hasil Populasi:**Berdasarkan asuhan yang dilakukan yang dimulai dengan pengumpulan data yaitu data subyektif dan obyektif, menginterpretasikan data, menentukan masalah potensial yang terjadi, menentukan tindakan segera yang dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah potensial, membuat perencanaan berdasarkan kebutuhan yaitu anak dengan diare perencanaan meliputi melakukan kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian therapy pemberian cairan ,melakukan penanganan secara konservatif,mengevaluasi dan mengikuti perkembangan anak selama pemberian asuhan. Berdasarkan teori yang dijelaskan dalam tinjauan teori dan asuhan yang dilaksanakan dalam tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan.

**Simpulan:** Diare adalah suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang cair dan frekuensi buang air besar lebih dari biasanya (3 kali dalam sehari). penyebab kasus diare adalah makanan, kebersihan lingkungan.

**Kata kunci: Diare**



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-NYA sehingga Penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada ANAK DENGAN DIARE DI RUANGAN KENANGA RSUD Prof.Dr.W.Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 07-11 JANUARI 2016”, dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenankanlah Penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKES Citra Husada Mandiri Kupang.
3. Ummu Zakiah, SST., M.Keb selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan STIKES Citra Husada Mandiri Kupang
4. Meri Flora Ernestine SST, M. Kes selaku pembimbing 1 yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
5. .Gaudentiana R. Mauk, SST selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Florentianus Tat, S. Kp, M. Kes selaku penguji yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan ujian kepada penulis
7. Bernadetha, SST selaku kepala ruangan Kenanga RSUD Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus diruangan tersebut
8. AN K.M. dan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan Laporan Tugas Akhir
9. Abah H. Muh. S Wongso, Abah Salem M. Wongso, Mama Nur, Mama Hj. Rosmini, yang selalu memberikan do'a dan dengan penuh tulus dan kasih

memberikan dukungan materi maupun moril selama penulis melakukan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

10. Kakakku tercinta Dan, Ays, Toyo, Edy, Nurbani, Kasim tersayang yang selalu memberikan dukungan materi maupun moril serta masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Temen-temanku (maimunah, seba, indah, meko, seje, vivi, yani) dan semua jalur umum angkatan VI khususnya kelas C yang dengan caranya masing-masing sudah membantu memberikan masukan yang positif dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari pembaca sangat diharapkan untuk penyelesaian Tugas Akhir ini. Semoga bermanfaat bagi kita semua, amin.

Kupang, Agustus 2016

Siti Maryam B. Wongso

## DAFTAR ISI

Judul	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM DAN PERSYARATAN GELAR.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	v
HALAMAN MOTTO.....	vi
HALAMAN PERSEMBAHA.....	viii
HALAMAN BIODATA PENULIS.....	x
HALAMAN KATA PENGANTAR .....	xi
HALAMAN DAFTAR ISI.....	xii
HALAMAN DAFTAR GAMBAR.....	xiii
HALAMAN TABEL.....	
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	3
D. Manfaat Penelitian .....	4
E. Metodologi penelitian .....	4
F. Sistematika Penulisan .....	4
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>6</b>
A. Konsep Diare .....	6
1. Pengertian Diare .....	6
2. Penyebab Diare/ Etiologi .....	6
3. Jenis Diare .....	7
4. Pathogenesis .....	8

5. Patofisiologi .....	9
6. Gejala/ Gambaran Klinis .....	9
7. Komplikasi .....	10
8. Klasifikasi Diare .....	18
9. Pemeriksaan Penunjang .....	19
10. Penatalaksanaan Diare .....	20
B. Konsep Manajemen Kebidanan .....	21
C. Konsep Asuhan Kebidanan Pada Anak dengan Diare.....	27
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>35</b>
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>46</b>
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>48</b>
A. Kesimpulan .....	48
B. Saran .....	49
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

<b><u>Judul</u></b>	<b><u>Halaman</u></b>
Tabel. 2.1 Penilaian derajat dehidrasi berdasarkan tanda dan gejala pada klien.....	15
Tabel. 2.2 Klasifikasi Diare .....	24

## DAFTAR GAMBAR

Nomor	halaman
Pathway .....	34

## DAFTAR LAMPIRAN

<u>Lampiran</u>	<u>halaman</u>
-----------------	----------------

Lampiran Format Pengkajian	
----------------------------	--

Lampiran Lembar Konsultasi	
----------------------------	--

## **DAFTAR SINGKATAN**

ASI	: Air Susu Ibu
BPS	:Bidan Prektek Sewasta
BAK	: Buang air kecil
BAB	: Buang air besar
BB	: Berat badan
DepKes	: Depertemen Kesehatan
KK	:Kekurangan Kalori
KKP	:Kekurangan Kalori Proteins
DO	: Data Obyektif
DS	: Data subyektif
SOAP	: Subyektiv Obyektiv Assesment Planning



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Diare adalah suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang cair dan frekuensi buang air besar lebih dari biasanya (3 kali dalam sehari). Diare merupakan salah satu permasalahan global yang memiliki angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi terutama di Negara berkembang seperti di Indonesia. Penyakit diare erat hubungannya dengan higienitas perorangan dan lingkungan yang buruk. Penyebaran penyakit diare pada umumnya melalui makanan atau minuman yang telah terkontaminasi (Sudarti, 2010: 77).

Penyakit Diare mempunyai gambaran penting yaitu lebih dari 3 dalam sehari dan muntah, akibatnya klien akan kehilangan besar air dan elektrolit terutama natrium dan kalium yang akhirnya menimbulkan asidosis metabolik. Di samping itu menyebabkan klien kekurangan cairan atau dehidrasi, keadaan kekurangan cairan ini jika tidak segera diatasi akan menyebabkan syok hipovolemik, maka akibatnya jika pada anak terjadi dehidrasi akan menyebabkan kematian, dimana 80 persen bagian dari tubuh anak terdiri dari cairan. Hal ini merupakan masalah penting yang bisa menyebabkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas pada balita.

Kebersihan lingkungan merupakan suatu yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan. Banyaknya penyakit-penyakit lingkungan yang menyerang masyarakat karena kurang bersihnya lingkungan disekitar ataupun kebiasaan yang buruk. Hal ini dapat menyebabkan penyakit yang dibawa oleh kotoran yang ada di lingkungan bebas baik secara langsung ataupun tidak langsung yaitu melalui perantara seperti penyakit diare. Sampai saat ini penyakit diare atau juga sering disebut gastroenteritis masih merupakan masalah di Indonesia (Winarsih, 2013: 2).

Kejadian diare di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2015 diperkirakan sebanyak 166. Hal ini menunjukkan masih kurangnya penanganan kasus diare di Profinsi Nusa Tenggara Timur (Buku Raegister RSUD Prof. W.Z. Yohanes Kupang)

Berdasarkan Data yang diperoleh dari Ruang Kenanga RSUD. Prof. W. Z. Yohanes Kupang. Bahwa angka kejadian diare pada anak balita dengan diare berat 55,3 dan diare persisten 112 pada tahun 2015 (periode Januari hingga Juni) yaitu sebanyak 166 kasus diare dari anak balita (Buku Register RSUD. Prof. W. Z. Yohanes Kupang).

Berdasarkan data di atas penulis tertarik melakukan studi kasus tentang asuhan kebidanaan pada anak K.M umur 4 tahun 8 minggu dengan Diare

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian diatas maka merumuskan masalah sebagai berikut  
“Bagaimana Asuhan Kebidanan pada anak 4 tahun 8 minggu dengan Diare  
Di RSUD Prof. W.Z.Yohanes Kupang?”

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu menerapkan asuhan kebidanan secara komperhensif dengan pendekatan manajemen kebidanan pada anak dengan diare.

### **2. Tujuan Khusus**

Mahasiswa mampu:

- a. Melakukan pengkajian data pada anak dengan diare di ruangan kenanga RSUD.Prof. W. Z. Yohanes Kupang.
- b. Mengidentifikasi masalah dan menentukan diagnosa pada anak dengan diare di Ruangn Kenanga RSUD. Prof. W. Z. Yohanes Kupang..
- c. Menentukan antisipasi masalah potensial pada anak dengan diare di Ruangn Kenanga RSUD. Prof. W. Z. Yohanes Kupang.
- d. Melakukan tindakan segera pada anak dengan diare.
- e. Menyusun rencana tindakan pada anak dengan diare.
- f. Mengimplementasikan rencana tindakan pada anak dengan diare.
- g. Mengevaluasi tindakan yang dilakukan pada anak dengan diare.
- h. Melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP pada anak dengan diare.

#### **D. Manfaat Penulisan**

##### **1. Manfaat teoritis**

Laporan ini di harapkan dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pengetahuan asuhan kebidana, serta meningkatkan keterampilan dalam memberikan dan melaksanakan asuhan kebidanan.

##### **2. Manfaat praktis**

###### **a. Bagi institusi**

Diharapkan berguna sebagai bahan masukan bagi institusi khususnya STIKES CHMK dalam meningkatkan wawasan mahasiswa mengenai asuhan manajemen kebidanan pada anak sakit dengan diare.

###### **b. Bagi mahasiswa**

Diharapkan pada pembaca terutama mahasiswa kebidanan untuk mengerti dan memahami diare.

###### **c. Bagi penulis**

Diharapkan dapat meningkatkan kemampuan penulis dan mengawali wawasan serta mampu menerapkan ilmu yang telah didapatkan tentang penatalaksanaan diare dan sebagai salah satu pengalaman yang dapat menambah kemampuan dalam penerapan asuhan kebidanan khususnya diare.

Dapat meningkatkan kemampuan dalam penanganan kasus diare pada anak dengan menerapkan manajemen kebidanan serta memberikan pemahaman kepada masyarakat tentang pentingnya memperhatikan tanda-tanda yang dapat mempengaruhi terjadinya penyakit Diare terutama pada balita

#### **E. Sistematika Penulisan**

##### **KATA PENGANTAR**

**BAB I** : Pendahuluan berisi uraian tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, dan sistematika penulisan.

**BAB II** : Tinjauan teoritis, teori yang akan dibahas adalah konsep diare yang meliputi pengertian diare, etiologi atau penyebab terjadinya diare, jenis diare, patofisiologi diare, gejala klinis diare, komplikasi, klasifikasi diare, pemeriksaan penunjang dan penanganan diare serta konsep asuhan kebidanan dan aplikasinya dalam penatalaksanaan diare.

**BAB III** : Metodologi Penelitian Meliputi desain penelitian, kerangka kerja, lokasi dan waktu penelitian, teknik dan instrumen pengumpulan data, etika penelitian.

**BAB IV** : Hasil Penelitian dan Pembahasan, Tinjauan kasus, berisi laporan kasus yang ditulis dalam bentuk 7 langkah varney, yaitu pengkajian, analisa diagnose masalah, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kemudian dilanjutkan dengan catatan

perkembangan menggunakan pencatatan model SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment dan Planning). Pembahasan atau analisis tentang tinjauan kasus berdasarkan teori dan hubungannya dengan kasus yang diangkat.

BAB V : Penutup berisi kesimpulan dan saran.

LAMPIRAN

DAFTAR PUSTAKA

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Diare**

##### **1. Pengertian Diare**

Diare adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak. Konsistensi feces dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja. Diare adalah buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Diare akut adalah diare yang terjadi secara mendadak dan berlangsung kurang dari 7 hari pada bayi dan anak yang sebelumnya sakit. Menurut Hipocrates mendefinisikan diare sebagai pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair. Diare diartikan sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekuensi buang air besar sudah lebih dari 4 kali perhari sedangkan untuk bayi berumur lebih dari 1 bulan dan anak, bila frekuensinya lebih dari 3 kali perhari.

(Ngastiyah, 2012: 224).

## 2. Penyebab Diare / Etiologi

Etiologi diare dapat dibagi menjadi 4 faktor, yaitu :

### a. Faktor Infeksi

- 1) Infeksi Enteral: Infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak.

Infeksi Enteral ini meliputi :

- a) Infeksi Bakteri : *E.coli*, *salmonella*, *shigella*, *vibria cholerae*, *aeromonas*, dll.
- b) Infeksi Virus : *Enterovirus*, *adenovirus*, *rotavirus*, *astrovirus*, dll.
- c) Infeksi Parasit : Cacing (*ascaris*), Protozoa (*trichomonas hamini*), Jamur (*candida albicans*).

- 2) Infeksi Parenteral : Infeksi dibagian tubuh lain di luar alat pencernaan seperti :

- a) *Tonsilofaringitis* (Radang Tonsil)
- b) Radang Tenggorokan

Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur dibawah 2 tahun. (Sudarti, 2010: 77-78).



b. Faktor Malabsorpsi

1). Malabsorpsi Karbohidrat (Disakarida, Monosakarida)

Pada bayi kepekaan terhadap *lactoglobulin* dalam susu formula menyebabkan diare. Gejalanya berupa diare berat, tinja berbau sangat asam, sakit di daerah perut.

2). Malabsorpsi Lemak

Dalam makanan terdapat lemak yang disebut *triglyserida*. Dengan bantuan kelenjar *lipase* mengubah lemak menjadi *micelles* yang siap di absorpsi usus. Jika tidak ada *lipase* dan terjadi kerusakan mukosa usus, diare dapat terjadi. Gejalanya adalah tinja mengandung lemak.

3). Malabsorpsi Protein

Asam amino, *Lactoglobulin*

c. Faktor Makanan

Makanan yang mengakibatkan diare adalah makanan yang tercemar, basi, beracun, mentah (sayuran) dan kurang matang (makanan yang kecampuran racun *Clostridium botulinum*, stafilokokus (bahan kimia)

d. Faktor Psikologis

Rasa takut, cemas dan tegang, walaupun jarang jika terjadi pada anak dapat menyebabkan diare kronis (Sudarti, 2010: 77-78).

### **3. Jenis Diare**

#### **a. Diare Akut**

Diare akut adalah diare yang terjadi sewaktu-waktu, tetapi gejalanya dapat menjadi berat.

Penyebabnya sebagai berikut :

- 1). Gangguan jasad renik / bakteri yang masuk kedalam usus halus setelah melewati berbagai rintangan asam lambung
- 2). Jasad renik yang berkembang pesat didalam usus halus
- 3). Racun yang dikeluarkan oleh bakteri
- 4). Kelebihan cairan usus akibat racun

#### **b. Diare Kronis / Menahun / Persisten**

Pada diare kronis terjadinya lebih kompleks, berupa faktor yang menimbulkannya terutama jika sering berulang pada anak. Diare kronis / diare yang menetap akan berakhir 14 hari atau lebih lama, karena :

- 1). Gangguan bakteri jamur dan parasit
- 2). Malabsorpsi kalori dan lemak
- 3). Gejala-gejala sisa karena cedera usus oleh setiap enteropatogen pasca infeksi akut.

- c. Protracte diare diare yang berlangsung lebih dari 2 minggu dengan tinja cair dan frekuensi 4 kali atau lebih perhari.
- d. Chronic non specific diarrhea diare yang berlangsung lebih dari 3 minggu tetapi tidak di sertai gangguan pertumbuhan dan tidak ada tanda-tanda infeksi maupun malabsorpsi.

Pada diare kronis terjadinya lebih kompleks, berupa faktor yang menimbulkannya terutama jika sering berulang pada anak. Diare kronis / diare yang menetap akan berakhir 14 hari atau lebih lama, karena :

- 1). Gangguan bakteri jamur dan parasit
- 2). Malabsorpsi kalori dan lemak
- 3). Gejala-gejala sisa karena cedera usus oleh setiap enteropatogen pasca infeksi akut.

#### **4. Patogenesis**

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ialah:

- a. Gangguan osmotik

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

b. Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

c. Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltic usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul diare pula (Sudarti, 2010: 78-79).

## 5. Patofisiologi

Sebagai akibat diare, baik akut maupun kronik akan terjadi :

- a. Kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi) yang mengakibatkan terjadinya gangguan asam basa (*Asidosis Metabolic*, Hipoglikemia.
- b. Gangguan gizi sebagai akibat kelaparan (masuk kurang, pengeluaran bertambah).
- c. Hipoglikemia.
- d. Gangguan sirkulasi darah.

## **6. Gejala / Gambaran Klinis**

- a. Bayi atau anak menjadi cengeng dan gelisah, suhu badan meningkat, napsu makan menurun.
- b. Tinja encer, berlendir atau berdarah
- c. Warna tinja kehijauan akibat bercampur dengan cairan empedu
- d. Anus lecet
- e. Gangguan gizi akibat intake (asupan) makanan yang kurang
- f. Muntah sebelum dan sesudah diare

Bila keadaan semakin berat akan terjadi dehidrasi dengan gejala sebagai berikut: rasa haus, mulut kering, mata cekung, pada bayi ubun-ubun cekung. Kehilangan berat badan normal, turgor kulit menurun (lebih dari detik dehidrasi berat), kulit kehilangan kekenyalan, nadi lemah dan cepat (Suryanah, 1996: 157).

## **7. Komplikasi**

- a. Dehidrasi (Ringan, Sedang, Berat)

Dehidrasi adalah kehilangan air dari tubuh atau jaringan atau keadaan yang merupakan akibat kehilangan air abnormal. Menurut Gayton (1995), dehidrasi adalah hilangnya cairan dari semua pangkalan cairan tubuh. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa dehidrasi merupakan keadaan kehilangan cairan tubuh.

Terdapat banyak sebab kehilangan cairan tubuh dan kandungan elektrolit diantaranya kehilangan melalui kulit seperti diaphoresis, luka

bakar. Kehilangan cairan tubuh meleui saluran perkemihan, misalnya karena diuresis osmotik, diabetes insipidus.

Ada dua jenis dehidrasi yaitu:

- 1) Dehidrasi dimana kekurangan air lebih dominan dibandingkan kekurangan elektrolit (dehidrasi isotonis). Pada dehidrasi jenis ini terjadi pemekatan cairan ekstraseluler, sehingga terjadi perpindahan air dari intrasel ke ekstrasel yang menyebabkan terjadi dehidrasi intraseluler. Bila cairan intrasel berkurang lebih dari 20%, maka sel akan mati. Dehidrasi jenis ini terjadi bila seseorang minum air laut pada saat kehausan berat.
- 2) Dehidrasi dimana kekurangan elektrolit lebih dominan dibanding kekurangan air (dehidrasi hipertonik). Pada dehidrasi jenis ini cairan intarseluler bersifat hipotonis, sehingga terjadi perpisahan air dari ekstrasel ke intrasel yang menyebabkan terjadi edema intrasel. Dehidrasi jenis ini terjadi bila seseorang mengalami kekurangan cairan hanya diatasi dengan minum air murni tanpa mengandung elektrolit.

Dehidrasi sangat bahaya terhadap keselamatan hidup manusia. Tingkat keparahan yang ditimbulkan akibat dehidrasi bergantung pada seberapa besar derajat dehidrasi yang dialaminya. Perawat harus mampu untuk mengidentifikasi tingkat dehidrasi yang terjadi pada klien. Untuk mengetahuinya, ada beberapa cara yang

dapat dilakukan. Pertama, tingkat keparahan dehidrasi dapat dihitung dari penurunan berat badan

Tabel. 2.1 Penilaian derajat dehidrasi berdasarkan tanda dan gejala pada klien

<b>Penilaian</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Keadaan Umum	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, lunglai, atau tidak sadar
Mata	Normal	Cekung	Sangat cekung dan kering
Air mata	Ada	Tidak ada	Tidak ada
Mulut dan lidah	Basah	Kering	Sangat kering
Rasa haus	Minum biasa, tidak haus	Haus, ingin minum banyak	Malas minum atau tidak bisa minum
Turgor kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	Kembali sangat lambat

Hasil pemeriksaan	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi ringan/ sedang	Dehidrasi berat
		Bila ada 1 tanda.	Bila ada 1 tanda
		Ditambah 1 atau lebih tanda lain.	ditambah 1 atau lebih tanda lain.

Ada tingkatan derajat tingkat dehidrasi, antara lain

(Asmadi, 2008):

1). Dehidrasi kronik.

Kalau terjadinya secara perlahan disebut dehidrasi kronik. Tubuh tidak akan merasakannya. Reaksi tidak terlalu nyata dan tidak cepat muncul. Tapi akan menunjukkan gejala setelah beberapa waktu. Kemudian, tubuh akan beradaptasi. Adaptasinya, cairan hanya sedikit saja di dalam tubuh. Lalu tubuh menurunkan metabolisme atau performa fisik, sehingga orangnya akan lebih lambat secara fisik dan berpikir. Dua dampak yang berbeda, walau dengan jumlah persentase kekurangan air yang sama.

2). Dehidrasi ringan.

Dari jumlah cairan yang keluar, dehidrasi akan disebut ringan jika kekurangan baru mencapai sekitar 10 persen atau 1500 ml.



keluhannya haus. Jika mencapai minus 20 persen atau 3000 ml, maka itu adalah keluhan sedang. Tapi, jika itu terjadi sangat mendadak, akibatnya sudah bisa fatal. Karena mungkin sebelumnya pasien sudah menderita dehidrasi kronik, yang teradaptasi, kemudian dia mengalami situasi ini.

### 3). Dehidrasi berat

Dehidrasi disebut berat jika kekurangan mencapai 30% atau sekitar 3000 ml. Untuk yang terakhir ini, dampak paling mengerikan adalah kematian.

#### b. Renjatan hipovolemik

Renjatan merupakan kegawatdaruratan medis dengan morbiditas dan mortalitas tinggi (>20%) yang membutuhkan penanganan segera. Keterlambatan penanganan dapat menyebabkan kematian atau gejala sisa. Gejala awal renjatan pada anak berbeda dengan dewasa karena fungsi organ dan kemampuan kompensasi tubuh yang relatif berbeda dengan di segala jenis usia. Renjatan hipovolemik terjadi akibat berkurangnya volume darah intravaskuler. Kehilangan cairan yang cepat dan banyak menurunkan preload ventrikel sehingga terjadi penurunan isi sekuncup dan curah jantung sehingga terjadi penurunan hantaran oksigen ke jaringan tubuh. Pada renjatan karena perdarahan, selain terjadi penurunan CO juga terjadi penurunan Hb sehingga transport oksigen ke jaringan makin berkurang.

Penyebab renjatan hipovolemik adalah:

- 1) Kehilangan cairan dan elektrolit: diare, muntah, diabetes insipidus, heat stroke, renal loss, luka bakar.
- 2) Perdarahan internal: rupture hepar/ lien, trauma jaringan lunak, frekuensi tulang panjang, perdarahan saluran cerna (ulkus peptikum, divertikulum meckel, Mallory-weis syndrome).  
Perdarahan eksternal: trauma.
- 3) Kehilangan plasma: luka bakar, sindrom nefrotik, obstruksi ileus, DBD, peritonitis. Penyebab lain adalah kebocoran kapiler (capillary leak syndrome), cairan intravaskuler keluar ke jaringan seperti luka bakar, sepsis, penyakit-penyakit peradangan lain, pada keadaan ini anak tampak sembab meski sebenarnya kekurangan cairan intravaskuler. Patofisiologi sangat berhubungan dengan penyebab renjatan. Namun secara umum bila terjadi penurunan tekanan darah maka tubuh akan mengadakan respon untuk mempertahankan sirkulasi dan perfusi yang adekuat pada organ vital melalui reflex neurohormonal.

Bila terjadi hipovolemik maka kompensasi yang terjadi adalah:

- 1) Baroreseptor: respon ini mendapat rangsangan dari perubahan tegangan dalam pembuluh darah. Bila terjadi penurunan tekanan darah maka rangsangan terhadap baroreseptor akan menurun menyebabkan penurunan rangsangan terhadap cardioinhibitory

centre , dan penurunan hambatan terhadap pusat vasomotor dan mengakibatkan takikardi dan vasokonstriksi.

2) Kemoreseptor: respon baroreseptor mencapai respon maksimal bila tekanan darah menurun sampai 60 mmHg. Bila TD menurun dibawah 60mmHg maka yang bekerja adalah kemoreseptor. Akibatnya adalah vasokonstriksi yang luas dan rangsangan pernafasan.

c. Hipokalemia (dengan gejala meteosinus, hipotoni otot, lemak gradiksida, perubahan elektrokardiogram).

d. Hipoglikemia

Gejala hipoglikemi yang sering terjadi adalah sering merasa ngantuk, lemas, dan sering sakit kepala. Hal ini tidak boleh dibiarkan berlarut-larut.

Hipoglikemi adalah suatu keadaan dimana kadar gula darah hingga dibawah 60 mg/dl. Padahal kinerja tubuh terutama otak dan system syaraf, membutuhkan glukosa dalam darah yang berasal dari makanan berkarbohidrat dalam kadar yang cukup. Kadar gula darah normal adalah 80-120 mg/dl pada kondisi puasa, 100-180 mg/dl pada kondisi setelah makan.

Otak memerlukan gula darah sebagai energy karena dalam metabolisme, tubuh kita dapat menggunakan bermacam-macam sumber energy, misalnya lemak. Sedangkan sel-sel otak yang dapat

menggunakan sumber energy yang berasal dari karbohidrat yang berupa glukosa. Oleh sebab itu, jika kadar gula darah terlalu rendah maka organ pertama yang terkena dampaknya adalah beserta system saraf pusat.

Factor-faktor penyebab hipoglikemi adalah:

- 1) Pelepasan insulin yang berlebihan oleh pankreas sehingga menurunkan kadar gula darah secara cepat.
- 2) Dosis insulin terlalu tinggi yang diberikan kepada penderita diabetes untuk menurunkan kadar gula darahnya.
- 3) Kelainan pada kelenjar hipoksia atau kelenjar adrenal.
- 4) Kelainan pada penyimpanan karbohidrat atau pembentukan glukosa di hati.

Gejala memang tidak mudah dikenal karena hampir sama dengan gejala penyakit lain, seperti diabetes dan kekurangan darah (anemia). Gejala-gejala hipoglikemia antara lain gelisah, gemetar, banyak berkeringat, lapar, pucat, sering menguap karena merasa mengantuk, lemas, sakit kepala, jantung berdebar-debar, rasa kesemutan pada lidah, jari-jari tangan dan bibir, penglihatan kabur atau ganda serta tidak dapat berkonsentrasi.

Hipoglikemi dapat menyebabkan penderita mendadak pingsan dan harus segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan suntikan serta infuse glukosa. Jika dibiarkan terlalu lama, penderita akan kejang-

kejang dan kesadaran menurun. Apabila terlambat mendapatkan pertolongan dapat mengakibatkan kematian.

Hipoglikemi berbahaya dibandingkan kelebihan kadar gula darah (hiperglikemia) karena kadar gula darah terlalu rendah selama lebih dari enam jam dapat menyebabkan kerusakan tak terpulihkan (irreversible) pada jaringan otak dan saraf. Tidak jarang hal ini menyebabkan kemunduran kemampuan otak.

Dari banyak kasus yang terjadi, hipoglikemi sering dialami oleh para penderita diabetes mellitus (DM) akibat penggunaan obat anti diabetes yang dosisnya terlalu tinggi. Selain itu banyak juga dialami diabetes yang salah dalam menerapkan diet kalori dan gula. Mereka sembarangan mengurangi konsumsi makanan yang mengandung zat gula sehingga lupa bahwa tubuh juga tetap memerlukan zat gula. Kegiatan fisik yang berlebihan tanpa diimbangi dengan asupan glukosa yang cukup dapat kali juga menyebabkan keadaan hipoglikemia. Hipoglikemia jika menyerang anak-anak sangat beresiko dan memiliki dampak yang buruk terhadap *spatial memory* (daya ingat ruang dan jarak). Dalam yang dilakukan dr. Tamara Hershey dari Universitas Kedokteran (UK) St. Louis, Missouri-Amerika, disimpulkan bahwa kondisi otak pada anak-anak yang berusia balita lebih mudah diserang hipoglikemia dibanding pada anak yang lebih dewasa.

e. Intoleransi sekunder akibat kerusakan villi mukosa usus defisiensi enzim laktosa.

f. Kejang

Kejang merupakan respon terhadap muatan listrik abnormal di dalam otak. Dua pertiga orang yang pernah mengalami kejang, di kemudian hari tidak pernah mengalami kejang lagi. Seprtiganya mengalami kejang kambuhan (suatu keadaan yang disebut *epilepsy*).

Jika hanya melibatkan daerah yang kecil, maka penderita mungkin hanya merasakan seperti ada bau atau rasa yang aneh, tetapi jika melibatkan dairah yang luas, maka akan terjadi sentakan dan kejang otot atau di seluruh tubuh. Penderita juga bisa merasakan perubahan kesadaran, kehilangan kesadaran, kehilangan pengendalian otot atau kandung kemih dan menjadi linglung.

Kejang sering kali di dahului oleh aura, yang merupakan sensasi yang tidak biasa dari penciuman\, rasa atau pengendalian atau perasaan yang kuat bahwa akan terjadi kejang. Kadang sensani ini menyenangkan dan kadang sangat tidak menyenangkan. Sekitar 20 persen penderita epilepsy mengalami aura.

Kejang biasanya berlangsung selama -5 menit. Sesudahnya penderita bisa merasakan sakit kepala, sakit otot, sensasi yang tidak biasa, linglung dan kelelahan. Penderita biasanya tidak data mengingat apa yang terjadi selama dia mengalami kejang.

Jenis kejang yang paling sering terjadi pada anak-anak adalah:

a. Kejang infantil

Seorang anak yang berbaring terlentang tiba-tiba bangun dan melipat lengannya, lehernya ditekuk dan badannya membungkuk, sedangkan tungkainya lurus. Serangan berlangsung hanya selama beberapa detik tetapi bisa terjadi beberapa kali dalam sehari.

Kejang ini biasanya terjadi pada anak-anak berusia kurang dari 3 tahun, dan banyak yang berkembang menjadi bentuk kejang lainnya di kemudian hari. Sebagian anak yang mengalami kejang infantil mengalami gangguan intelektual atau perkembangan sarafnya tertunda, keterbelakangan mental biasanya terus berlanjut sampai dewasa. Kejang ini sulit dihentikan dengan obat anti-epilepsi.

b. Kejang demam

Kejang demam terjadi karena demam pada anak-anak yang berusia 3 bulan -5 tahun. Kejang ini terjadi pada 4 % anak-anak dan cenderung diturunkan. Kejang biasanya berlangsung kurang dari 15 menit. Anak-anak yang mengalami kejang demam lebih mudah menderita epilepsy.

g. Malnutrisi

Malnutrisi adalah keadaan patologis yang disebabkan oleh konsumsi makanan yang bertitik berat pada zat makanan yang kualitasnya tidak memadai disbanding dengan kuantitasnya, sebagai akibat kekurangan atau kelebihan makanan esensial tertentu secara relative atau absolute. Karenan yang dimaksud pada umumnya adalah kekurangan kalori dan protein selanjutnya malnutrisi berarti kurang kalori dan protein (KKP). Spectrum derajat KKP luas, mulai dari ringan, sedang sampai berat. KKP yang berat dibedakan menjadi kwashiorkor.

Penyebab malnutrisi secara umum adalah intake makanan kurang dan atau adanya penyakit sistemik. Keadaan ini menyebabkan kebutuhan meningkat atau kehilangan nutrient meningkat, gangguan absorbs atau digesti. Intake yang kurang sering dijumpai pada kemiskinan, ketidaktahuan dan sedang menderita penyakit. Kekurangan protein dengan relative kelebihan energy akan menyebabkan kwashiorkor primer, sedangkan kekurangan keduanya protein dan energy dalam waktu yang cukup lama akan menyebabkan marasmus.

(Sudarti, 2010: 79).



## 8. Klasifikasi Diare.

Tabel. 2. 2 Klasifikasi Diare Berdasarkan MTBS

### a) Untuk Dehidrasi

Gejala	Klasifikasi	Tindaka/pengobatan
<p>Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letargia atau tidak sadar</li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Tidak bias minum atau malas minum</li> <li>• Cubitan kulit perut kembali sangat lambat</li> </ul>	Diare dehidrasi berat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tidak ada klasifikasi berat lain: Beri cairan untuk dehidrasi berat.</li> <li>• Jika anak mempunyai klasifikasi berat lain: -rujuk segera -jika masih bias minum, berikan oralit selama perjalanan</li> <li>• Jika ada kolera di daerah tersebut, beri antibiotic untuk kolera</li> </ul>
<p>Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut:</p>	Diare dehidrasi ringan /sedang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beri cairan dan makanan sesuai</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelisah, rewel/mudah marah</li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Haus, minum dengan lahap</li> <li>• Cubitan kulit perut kembali lambat</li> </ul>		rencana terapi tablet Zinc <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika anak mempunyai klasifikasi berat lain:  -rujuk segera  Jika masih bias minum, berikan oralit selama perjalanan.</li> <li>• Nasehati kapan kembali segera</li> <li>• Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan.</li> </ul>
Tidak cukup tanda-tanda untuk di klasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang	Diare tanpa dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beri cairan dan makanan sesuai rencana terapi A dan tablet</li> <li>• Zinc</li> <li>• Nasehati kapan kembali segera</li> <li>• Kunjungan ulang 3 hari jika tidak</li> </ul>

		ada perbaikan
--	--	---------------

b) Jika Diare 14 hari atau lebih

Gejala	klasifikasi	Tindakan/ pengobatan
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ada dehidrasi</li> </ul>	Diare persisten berat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali ada klasifikasi berat lain.</li> <li>Rujuk</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tanpa dehidrasi</li> </ul>	Diare persisten	<ul style="list-style-type: none"> <li>nasehati pemberian makan untuk diare persisten</li> <li>kunjungan ulang 3 hari</li> </ul>

c) ada darah dalam tinja

Gejala	Klasifikasi	Tindakan/ pengobatan
<ul style="list-style-type: none"> <li>ada darah dalam tinja</li> </ul>	Disenteri	<ul style="list-style-type: none"> <li>beri antibiotic yang sesuai</li> <li>nasehati kapan kembali segera</li> <li>kunjungan ulang 2 hari.</li> </ul>

## **RENCANA PENGOBTAN A**

### **Pencegahan dehidrasi**

Jelaskan kepada ibu bagaimana mengobati diare di rumah.

Lima tindakan yang harus dilakukan jika anak menderita diare adalah:

1. berikan kepada anak anda cairan lebih banyak dari biasanya untuk mencegah dehidrasi:  
cairan yang dapat diberikan di rumah adalah:
  - larutan gula garam, air tajin, air sayur bayam, dll
  - ASI dan susu formula harus terus di berikan
2. lanjutkan pemberian makanan
  - berikan makanan yang baru disiapkan. Makanan yang di anjurkan adalah bubur dengandaging atau ikan.tambahkan bebrapa tetes minyak.
  - Berikan pisang atau sari buah segar untuk menambah kalium
  - Berikan makanan setiap 3-4 jam(6x serhari). Pada anak yang masih kecil, berikan makanan lebih seringdengan porsi lebih sedikit
  - Bujuksupaya anak makan sebanyak mungkin
  - Masak dan hancurkan atau cincang makanan dengan baik agar muda di cerna
  - Setelah diare berhenti, beri tambah satu porsimakanan selama seminggu atau sampai berat badan sebelum tercapai kembali.

3. bawa anak anda kepetugas kesehatan bila

- buang air besar beberapa kali
  - sangat haus
  - mata menjadi cekung/kering
  - demam
  - tidak mau makan atau minum seperti biasa
  - kelihatan tidak bertambah baik
  - pada tinja terdapat darah
- } dehidrasi berat

4. perlihatkan kepad ibu bagaimana cara mencampur dan memberikan oralit

tunjukkan kepada ibu,beberapa banyak oralit yang harus diberikan:

- ❖ umur  $2 <$  tahun : 50-100 ml (1/4 gelas) setiap bab
- ❖ umur 2-5 tahun:100-200 ml(1/2 gelas) setiap bab
- ❖ anak-anak yang lebih besar:minum sebanyak mungkin

bila anak muntah, tunggu 10 menit kemudian pemberian oralit diteruskan tetapi

lebih lambat:1 sendok makan setiap 2-3 menit

berikan kepada ibu untuk 2 kali.

5. Jelaskan kepada ibu 7 intervensi yang efektif untuk mencegah diare

## **RENCANA PENGOBATAN B**

### **Pengobatan dehidrasi ringan/ sedang dengan oralit**

1. Jika ibu tinggal di puskesmas
  - ❖ Beritahu beberapa banyak oralit yang harus diminum
  - ❖ Tunjukkan bagaimana cara menyiapkan dan memberikannya
  - ❖ Awasi ibu sewaktu memberikan oralit kepada anaknya
2. Setelah 4-6 jam nilailah kembali keadaan penderita, kemudian pililah rencana pengobatan selanjutnya:

Catatan: untuk bayi berumur <1 tahun, setelah 4-6 jam lanjutkan dengan ASI atau susu formula selang- seling dengan pemberian oralit.
3. Jika ibu tidak dapat tinggal di puskesmas sebelum rencana pengobatan B selesai:
  - ❖ Usahakan agar ibu menyelesaikan terlebih dahulu rencana pengobatan B selama 4-6 jam, sesuai dengan butir 1.
  - ❖ Setelah rencana B selesai, di rumah ibu harus memberikan larutan oralit
  - ❖ Beri petunjuk caranya menemukan tanda-tanda dehidra

Jika terdapat tanda-tanda tersebut, ibu harus membawa kembali anak ke puskesmas pada pagi hari berikutnya.
  - ❖ Berilah oralit cukup 2 hari, dan berikanlah petunjuk cara menyiapkan dan memberikannya.
4. Terangkan dengan jelas 7 intervensi yang efektif untuk mencegah diare.

## **9. Pemeriksaan Diagnostik dan Penunjang**

### **a. Anamneses**

Diare > 3x/hr, feses cair, ada lendir, ada darah, perut mules, demam, badan terasa lemas, nafsu makan berkurang.

### **b. Pemeriksaan fisik**

Pada pasien dengan diare biasanya di dapatkan keadaan umum lemah, nyeri perut atau sampai kram abdomen, feses cair, terkadang ada lendir dan darah, nadi cepat, suhu tubuh meningkat, mual, muntah, akral hangat, mukosa kering. Bila terjadi syok hipovolemik maka pasien akan gelisah, nadi cepat >120 x/mnt, TD menurun, mukosa pucat, akral dingin dan kadang sianosis, anuria.

### **c. Pemeriksaan penunjang**

#### **1). Pemeriksaan tinja**

2). Berat jenis plasma untuk menentukan deficit cairan akibat diare.

3). Pemeriksaan kadar elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dalam serum (terutama penderita diare yang disertai dengan kejang).

4). Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam-basa dalam darah (Analisa Gas Darah) mendeteksi adanya asidosis metabolik.

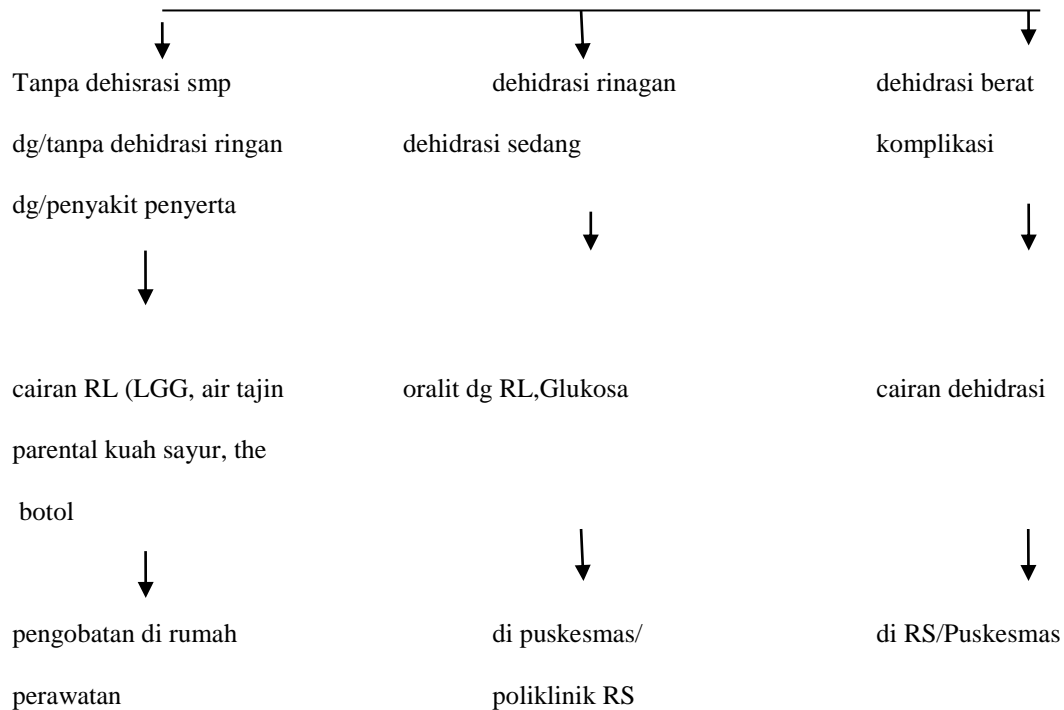
5). Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal (Suryanah, 1996: 158)

## 10. Penatalaksanaan Diare

Prinsip perawatan diare adalah:

- Pemberian cairan (rehidrasi awal dan rumat)
- Diatetik (pemberian makanan)
- Obat-obatan

Skematika penatalaksanaan berdasarkan keadaan diare



(Ngastiyah, 2012)

jumlah cairan yang di berikan tanpa dehidrasi adalah 100 ml/kgBB/hr sebanyak 1x setiap 2 jam . Diberikan 20% dalam 4 jam 1 dan sisanya adlibitum.

Jika setiap kali diare dan umur anak < 2 th di berikan ½ gelas



<2-6 th di berikan 1 gelas

Anak besar diberikan 2 gelas

Pada dehidrasi ringan dan diarenya 4x sehari maka di berikan cairan 25-100 ml/kgBB dalam sehari atau setiap jam 2x. oralit diberikan pada kasus dehidrasi ringan-berat  $\pm$  100 ml/kgBB/4-6 jam.

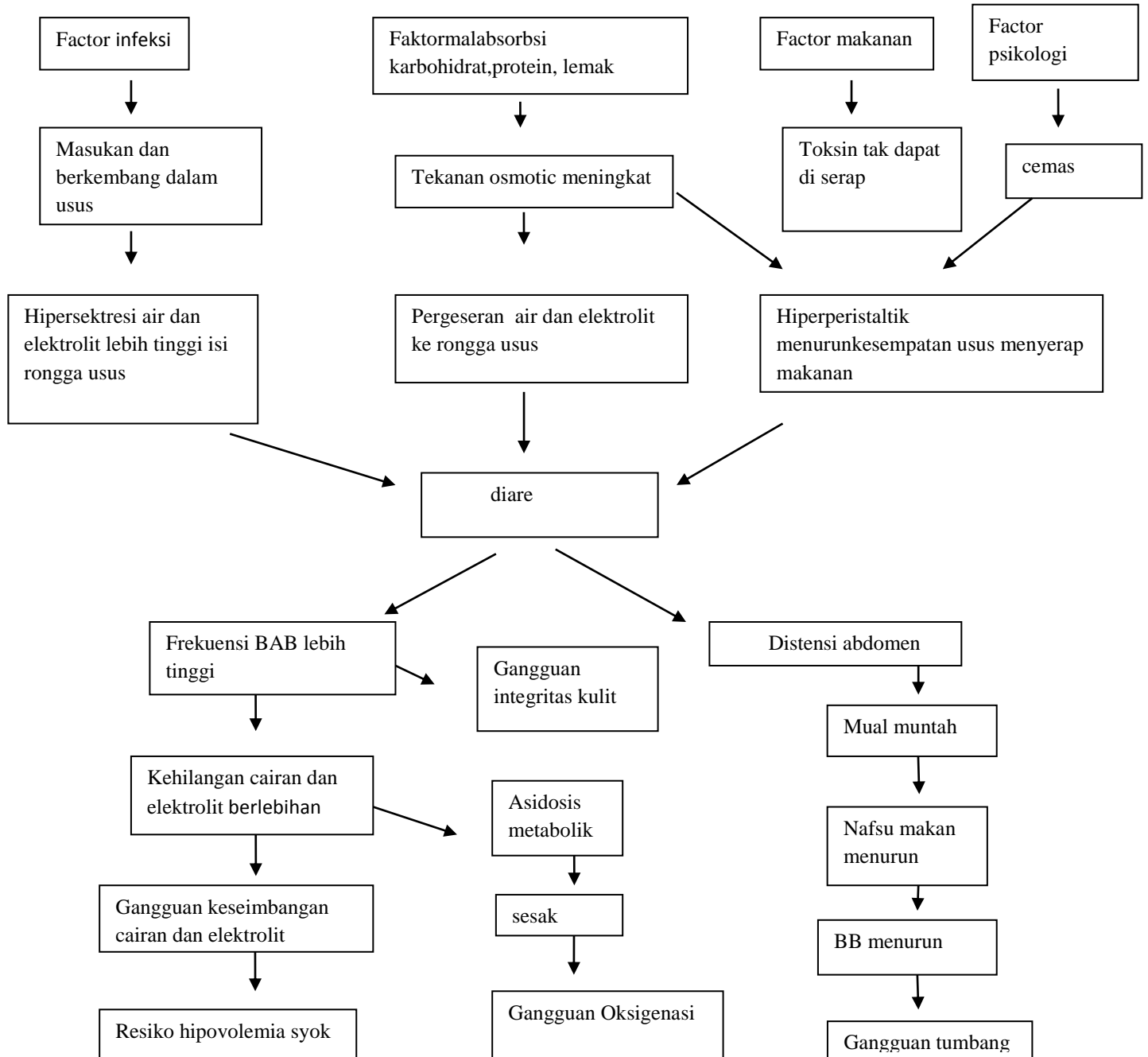
Beberapa cara membuat cairan RT:

1. LGG
2. Gula pasir 1 sendok the munjung
3. Garam dapur halus  $\frac{1}{2}$  sendok the +air masak/air the hangat 1 gelas
4. Air tajin (2L+5 gram)
  - a. Cara tradisonal

3 L air + 100 gr atau 6 sendok makan munjung beras di masak selama 45-60. Setelah masak air tajin (2L + 5 gr garam)
  - b. Cara biasa

2 L air + tepung beras 100 gr + 5 gr garam dimasak hingga mendidih dan akan didapat air tajin.

## Patway



(Ngastiyah, 2012)

## **B. Konsep Manajemen Kebidanan**

### **1. Pengertian Manajemen Kebidanan**

Pengertian manajemen sangat universal, banyak definisi yang dapat dipilih sesuai dengan tujuan masing-masing. Prinsipnya manajemen adalah “Komitmen Pencapaian“ artinya suatu kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu, bukan semata-mata kegiatan (Suryani, 2011, hal 92). Manajemen kebidanan adalah suatu metode berpikir logis dan sistematis, yang merupakan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/ kerangka untuk menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. Pengertian manajemen kebidanan menurut beberapa sumber, dalam Suryani (2011) hal 94:

- a. Menurut buku 50 tahun IBI (2007), manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisa data, diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
- b. Menurut Depkes RI 2005, manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat.
- c. Menurut Helen Varney (1997), manajemen kebidana adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah,

penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada pasien.

## 2. Tujuan Manajemen Kebidanan

Tujuan dari manajemen kebidanan adalah:

- a. Menunjukkan perbaikan-perbaikan yang diharapkan setelah menentukan perencanaan.
- b. Mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan yang dilakukan dan menentukan sasaran yang akan dicapai.
- c. Mengetahui kemajuan hasil dan tindakan yang dilakukan.
- d. Untuk memecahkan suatu masalah.
- e. Menimbulkan cara berfikir analitik dan kritis dengan melihat permasalahan.
- f. Menjadi profesionalisme dalam mengatasi permasalahan ibu, anak dan keluarga berencana.

## 3. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan

Menurut varney (1997) menjelaskan bahwa prinsip manajemen kebidanan adalah pemecaha masalah.prinsip proses manajemen kebidanan adalah sebagai berikut:

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komperhensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.

- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnose berdasarkan interpretasi data dasar.
  - c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
  - d. Member informasi dan dukungan sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
  - e. Membuat rencana asuhan yang komperhensif bersama klien.
4. Tujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney (Sujianti, 2009)

a. Langkah I : Pengkajian

Pada langkah pertama ini bidan mengumpulkan semua infrmasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien seperti hasil anamnese dengan klien, keluarga, hasil pemeriksaan fisik, dan hasil pemeriksaan dokumentasi/ rekam medis klien. Langkah ini menentukan pengambilan keputusan yang akan dibuat pada langkah berikutnya, sehingga pengkajian harus komperhensif meliputi data subyektif, obyektif, dan hasil pemeriksaan yang dapat menggambarkan/ menilai kondisi klien yang sebenarnya.

b. Langkah II : Identifikasi masalah dan diagnosa

Pada langkah ini data dasar yang sudah dikumpulkan diinformasikan menjadi masalah dan diagnosa. Keduanya digunakan karena

beberapa masalah yang tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang serius yang dituangkan kedalam sebuah rencana terhadap pasien.

c. Langkah III : Mengidentifikasi masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial lainnya berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa terbaru. Langkah ini membutuhkan antisipasi, pencegahan bila memungkinkan, menunggu sambil mengamati sambil bersiap-siap bila hal tersebut benar-benar terjadi.

d. Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan bukan hanya selama asuhan primer secara periodik.

e. Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Langkah ini merupakan kelanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi pada data dasar. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang diperkirakan akan terjadi selanjutnya. Yang direncanakan ialah penyuluhan konseling.

f. Langkah VI : Melaksanakan pelaksanaan

Pelaksanaan perencanaan asuhan seperti yang diuraikan pada langkah kelima. Perencanaan bisa dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika tidak melaksanakan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab ketika mengarahkan pelaksanaannya, yaitu memastikan agar langkah- langkah tersebut benar-benar terlaksana dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan dapat bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut.

g. Langkah VII: Evaluasi

Langkah ini merupakan pencegahan apakah rencana asuhan benar-benar terpenuhi sesuai kebutuhan, sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa.

Rencana dianggap efektif bila pelaksanaannya juga efektif.

5. Pendokumentasian manajemen kebidanan dengan metode SOAP (Sudarti dan Afroh Fauziah, 2011)

Dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada

seorang pasien, didalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan. Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP.

Uraian dari metode SOAP adalah:

a. S (DATA SUBYEKTIF)

Data subyektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. O ( DATA OBYEKTIF)

Data obyektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data obyektif ini.



Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. A (ANALYSIS/ ASSESSMENT)

Analysis atau *assessment* (A), merupakan pendokumentasian analysis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subyektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analysis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analysis yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat.

Analysis atau *assessment* merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini diagnosis/ masalah kebidanan, diagnosis/ masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

d. P (PLANNING)

*Planning* atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah *planning* atau perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian implementasi dan evaluasi. Dengan kata lain, P adalah metode SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh. Pendokumentasian P dan SOAP ini, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui pasien oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi pasien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun

implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Dalam *planning* ini juga harus mencantumkan *evaluation*/ evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan/ hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/ asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP.

## **C. Konsep Asuhan Kebidanan pada Anak dengan Diare.**

### **I. Pengkajian**

#### **A. Subyektif**

##### **1. Identitas Klien**

Identitas adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian (Nursalam, 2005).

Adapun identitas pasien menurut Matondang (2003) meliputi nama, umur, nama orang tua, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, agama, suku bangsa, dan alamat.

##### **2. Keluhan Utama.**

Dikaji secara benar-benar tentang apa yang dirasakan ibu untuk mengetahui permasalahan utama yang dihadapi pasien mengenai kesehatannya. Pada diare biasa terjadi muntah, demam, nyeri perut dan diare. Pasien dengan diare sering mengalami nausea, muntah, nyeri perut sampai kejang perut, demam, tinja cair dan napsu makan menurun. Diare dibagi menjadi 2 golongan, pertama koleriform adalah diare yang terdiri dari cairan saja, kedua disentriform adalah diare yang didapatkan lendir kental dan kadang-kadang darah. Daerah anus dan sekitarnya timbul luka lecet karena karena sering defekasi dan tinja yang asam akibat laktosa yang tidak diabsorpsi usus selama diare.

3. Riwayat Penyakit Sekarang.

Perlu ditanyakan pada pasien atau keluarga tentang tindakan yang dilakukan untuk mengurangi gejala dan hal yang dapat memperberat, misalnya keterlambatan keluarga untuk memberi perawatan atau membawa ke Rumah Sakit dengan segera, serta kurangnya pengetahuan keluarga.

4. Riwayat Penyakit Terdahulu.

Perlu ditanyakan pada pasien dan keluarga, apakah pasien pernah mengalami hal yang demikian dan perlu ditanyakan juga apakah pasien pernah penderita penyakit infeksi (Nursalam, 2005).

5. Riwayat Imunisasi

Status imunisasi klien dinyatakan, khususnya imunisasi campak, karena lebih sering atau berakibat berat pada anak - anak dengan campak atau yang baru menderita campak dalam 4 minggu terakhir, akibat dari penurunan kekebalan pada pasien.

6. Riwayat Penyakit Keluarga.

Perlu ditanyakan apakah keluarga ada yang menderita penyakit diare sebelumnya atau tidak, karena pada kasus diare penularannya lewat udara atau kontak langsung dengan penderita diare (Nursalam, 2005).

#### 7. Riwayat Psikososial.

Dikaji berdasarkan riwayat keluarga apakah sebelum pasien sakit ada kontak dengan keluarga yang sakit lainnya dan adanya kecemasan dari orang tua dan keluarga atau tidak (Nursalam, 2005).

#### 8. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar

Pada Pola pemenuhan kebutuhan dasar pada anak dengan diare yaitu: Nutrisi : Menurut Nursalam (2005), pengkajian tentang jenis makananyang dikonsumsi sehari-hari Perasaan haus bayi yang diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa). Pada dehidrasi ringan atau sedang bayi merasa haus ingin minum banyak. Sedangkan pada dehidrasi berat, bayi malas minum atau tidak bisa minum, Eliminasi : Pengkajian tentang BAB dan BAK yang meliputi kondisi, frekuensi, dan warnanya. Pada kasus anak dengan diare anak BAB lebih dari 3 kali per hari dan berbentuk encer, Aktivitas : Untuk mengetahui kegiatan anak sehari-hari. Pada kasus bayi sakit diare aktivitas anak berkurang (Nursalam, 2005), Istirahat / tidur : Berapa lama bayi tidur siang, malam, keadaan bayi tenang atau gelisah (Nursalam, 2005). Pada bayi sakit diare dehidrasi sedang pada pola tidurnya tidak teratur, keadaan bayi gelisah (Nursalam, 2005) dan Personal Hygiene : Untuk

mengetahui bagaimana cara menjaga kebersihan dan menilai kerentanan terhadap infeksi.

## B. Obyektif

1. Pemeriksaan umum berupa pemantauan keadaan umum, kesadaran umum dan tanda-tanda vital.

2. Pemeriksaan Fisik (heat to toe)

Pemeriksaan fisik dilakukan guna untuk mengobservasi kemungkinan terjadinya komplikasi. Adapun bagian bagian yang di dilakukan pemeriksaan yaitu mata, telinga, hidung, bibir, dada, abdomen, ekstremitas dan turgor kulit.

3. Pemeriksaan penunjang

Pada Pemeriksaan penunjang pada kasus diare pada anak adalah Pemeriksaan tinja (feses). Berat jenis plasma untuk menentukan deficit cairan akibat diare. Pemeriksaan kadar elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dalam serum (terutama penderita diare yang disertai dengan kejang). Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam-basa dalam darah (Analisa Gas Darah) mendeteksi adanya asidosis metabolic serta Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.

(Suryanah, 1996: 158).

## **II. Assessment/ Diagnose Masalah**

Mencari hubungan antara bukti dan fakta/ data yang ada untuk menentukan sebab akibat terjadinya kasus diare. Menentukan masalah dan diagnosa, menentukan penyebab utama. Pada langkah ini data dasar dikumpulkan, diimplementasikan menjadi masalah atau diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan yang serius yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap klien.

## **III. Antisipasi Masalah Potensial**

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial lainnya berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa terbaru.

Antisipasi masalah potensial pada diare adalah mencegah terjadinya dehidrasi.

## **IV. Tindakan Segera**

Dalam langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien (Varney, 2004).

## **V. Perencanaan**



Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada data ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan pada anak dengan diare antara lain: priksa keadaan umum, tanda- tanda vital, berikan perawatan antenatal Berikan perawatan dengan oralt, LGG setelah setiap eliminasi. Jaga pasien agar tetap istirahat dan makan teratur serta minum obat teratur,

#### **VI. Implemntasi**

Langkah ini dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat dengan ketentuan melaksanakan tindakan kebidanan secara mandiri, kolaborasi delegasi kepada teman sejawat dan dokter.

#### **VII. Evaluasi**

Langkah ini merupakan evaluasi semua kegiatan yang dilaksanakan sesuai rencana tindakan, sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa evaluasi yang diharapkan pada kasus, yang diharapkan pada anak dengan diare adalah pasien mendapatkan therapy untuk mengurangi diare. Agar tidak mengalami tidak mengalami hal yang tidak diinginkan.

### **BAB III**

## **METODOLOGI PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

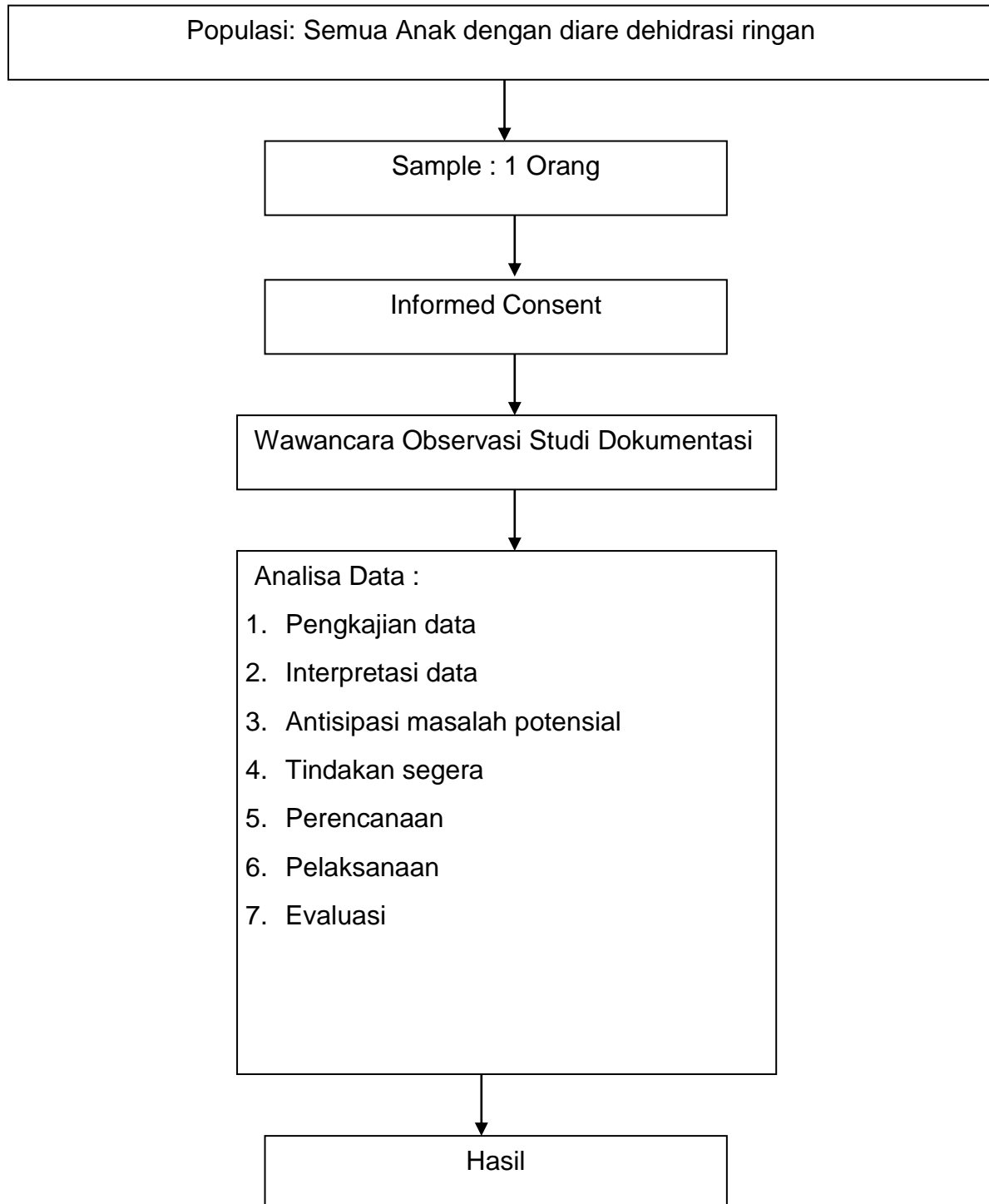
Penelitian ini merupakan laporan studi kasus dengan metode deskriptif yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara objektif. Studi kasus merupakan rancangan penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Meskipun jumlah subjek cenderung sedikit namun variabel yang diteliti sangat luas. Oleh karena itu sangat penting untuk mengetahui semua variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian.

Rancangan dari suatu studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara rinci. Keuntungan yang paling besar dari rancangan ini adalah pengkajian secara rinci meskipun jumlah respondennya sedikit sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subjek secara jelas (Nursalam, 2008).

### **B. Kerangka Kerja**

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



### **C. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi merupakan tempat pengambilan kasus dilaksanakan (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus ini dilaksanakan di ruang bersalin RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang dari tanggal 7 Januari 2016.

### **D. Teknik dan Instrument Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah suatu pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Teknik pengumpulan data pada studi kasus ini adalah dengan cara mengambil data primer dan sekunder. Data primer adalah data yang diambil secara langsung dari objek-objek penelitian oleh peneliti.

#### **1. Data primer diperoleh dengan cara:**

##### **a. Pemeriksaan**

- 1) Pemeriksaan umum terdiri dari pemeriksaan keadaan umum, kesadaran, postur tubuh, tinggi badan, berat badan. (Romauli, 2011).
- 2) Pemeriksaan fisik adalah proses untuk mendapatkan data objektif dari pasien dengan menggunakan instrument tertentu yang dilakukan dengan 4 teknik menurut (Romauli 2011) yaitu:

##### **a) Inspeksi**

Inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandang.

b) Palpasi

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba.

c) Auskultasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara mendengarkan.

d) Perkusi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan menggunakan hammer.

3) Pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan berupa pemeriksaan laboratorium.

b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut atau *face to face*. Jadi data tersebut diperoleh secara langsung dari responden melalui satu pertemuan atau percakapan. Wawancara sebagai pembantu utama dari metode observasi (Notoarmodjo, 2012). Wawancara pada studi kasus ini dilakukan pada ibu dan keluarga untuk memperoleh data subjektif berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya.

c. Observasi

Observasi adalah pengumpulan data melalui indera penglihatan seperti perilaku pasien, ekspresi wajah, bau, suhu (Romauli, 2011).

## 2. Data sekunder

Data sekunder adalah dokumentasi catatan medis yang merupakan sumber informasi yang penting bagi tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi masalah, mengegakkan diagnosa dan merencanakan asuhan. Data sekunder terdiri dari:

### a. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan merupakan kegiatan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dalam rangka mencari landasan teoritis dari permasalahan penelitian. Studi kepustakaan yang baik akan menyediakan dasar untuk menyusun kerangka teoritis yang komprehensif dimana hipotesis dapat dibuat untuk diuji. Dua macam pustaka yang dapat dijadikan bahan pustaka dalam penelitian adalah pustaka primer yang merupakan daftar bacaan dari hasil penelitian atau studi pustaka yang diperoleh dari jurnal penelitian/jurnal ilmiah dan pustaka primer yang diperoleh dari berbagai sumber seperti buku, teks, indeks, ensiklopedia (Hidayat, 2011).

### b. Studi dokumentasi adalah semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen. Pada studi kasus ini menggunakan buku register yang ada di ruangan Kenanga /Anak, rekam medik RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang,.

### c.

Instrument penelitian adalah alat-alat yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dapat berupa kuesioner (pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir yang berkaitan dengan pencatatan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012). Instrumen penelitian yang digunakan pada studi kasus ini yaitu format asuhan kebidanan pada Anak sakit, dan selanjutnya digunakan format asuhan kebidanan nifas sebagai data untuk catatan perkembangan.

#### **E. Etika Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan setelah surat rekomendasi studi kasus dari kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada mandiri program studi Diploma III Kebidanan diterima oleh pihak Rumah Sakit RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang. Dalam melaksanakan penelitian khususnya jika yang menjadi subjek penelitian adalah manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia.

Masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Penekanan masalah etika penelitian yakni pada beberapa hal berikut ini:

a. Lembar persetujuan (*informed consent*)

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika

subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi (Hidayat, 2011).

b. Tanpa nama (anonim)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2011).

c. Kerahasiaan (confidentialy)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2011).



## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **I. Gambaran Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian studi kasus dilakukan diruangan Kenanga RSUD.Prof.W.Z. Johannes kupang, propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Ketenagakerjaan diruangan Kenanga terdiri dari dokter spesialis anak berjumlah 4 orang, bidan berjumlah 10 orang, sistem kerja petugas diruangan Kenanga ini menggunakan pembagian 3 siff jaga, yakni pagi (pukul 07.00-14.00wita), siang (pukul 14.00-21.00 wita), malam (pukul 21.00-07.00 wita). Jumlah tenaga bidan 4-5 orang sif dan dokter 1 orang / sif setiap harinya.

Fasilitas yang tersedia di ruangan Kenanga terdiri dari: Tempat tidur 35 buah, lemari penyimpanan obat-obatan 1 buah,troli tempat penyimpanan alat pemeriksaan vital sign, gunting, plester, alkohol, larutan klorin, safety box, tempat sampah medis dan non medis masing-masing 1 buah. Meja dan kursi untuk petugas kesehatan (1 dan 4 buah).

## 1.) Pengkalian

Pengkajian ini dilakukan pada hari kamis tanggal 07 januari 2016 jam 09.30 wita pada AN. K.M sekarang umur 4 tahun 8 minggu, agama Kristen protestan, anak berasal dari kupang, saat ini, tinggal di nunbaun delha. Ibu datang di ruangan kenanga untuk perawatan lanjut pada anak. Keluhan utama ibu mengatakan bahwa anaknya BAB encer kurang lebih 4 kali. Diare diartikan sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekuensi buang air besar sudah lebih dari 4 kali perhari dalam sehari dan berampas, muntah tiap kali makan, dan panas . Pada tahap ini penulis menemukan adanya kesesuaian antara kasus dan teori yang ada di lapangan dimana dalam teori menurut (Ngastiyah, 2012: 224)., anak tidak mau makan.umur saat kehamilan 40 minggu persalinan di puskesmas alak di tolong oleh bidan, keadaan waktu saat lahir sehat,cara melahirkan normal, berat badan 3000 gram, Ibu mengatakan sudah memberikan imunisasi lengkap pada anak BCG,DPT 1,2,3 polio, hepatitis, Campak. Ibu mengatakan anak yang mengasuh kedua orang tua kandung, hubungan dengan anggota keluarga baik,Dukungan keluarga: keluarga sangat mendukung dan memberi support kepada anak serta menemani anak saat di RSUD, Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah secara bersama-sama. pembawaan secara umum dengan baik. Pola pemenuhan kebutuhan dasar anak menunjukkan bahwa kebutuhan akan gizi anak selama sehat cukup dengan

selalu mengkonsumsi nasi, sayur, ikan telur dan kadang-kadang daging dengan frekuensi makanan yang teratur dan saat ini pemenuhan kebutuhan gizi anak semakin di tingkatkan dengan pemberian bubur, walaupun nafsu makan anak menurun. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa salah satu tanda dan gejala seseorang yang mengalami diare adalah penurunan nafsu makan, gelisah, cengeng. Pada tahap ini penulis menemukan adanya kesesuaian antara kasus dan teori yang ada di lapangan dimana dalam teori menurut (Suryanah, 1996: 157) serta salah satu upaya pencegahan dan pengobatan penyakit diare adalah dengan meningkatkan asupan gizi anak agar kebutuhan gizi anak tercukupi dan anak memiliki daya tahan tubuh yang baik. Pada tahap ini penulis menemukan adanya kesesuaian antara kasus dan teori yang ada di lapangan dimana dalam teori menurut (Gerdunas-GEA, 2002). Ibu mengatakan anaknya BAB warna kuning, konsistensi cair frekuensi tidak normal lebih dari 4 kali. BAK kuning 1-2 kali/ hari. Istirahat dan tidur, tidur siang 1- 2 kali/ hari, gosok gigi 1 kali/ hari, ganti pakaian dalam 2 kali/ hari. pemeriksaan umum keadaan umum lemah kesadaran composmentis, TTV S:38 °C, N: 155x/ menit, RR:35x/menit, BB sebelum sakit :16 kg, BB saat ini: 14 kg. Pemeriksaan fisik dengan cara pemeriksaan inspeksi hasilnya kepala dan rambut bersih tidak ada benjolan mata conjungtiva merah muda sclera putih kelopak mata hitam/normal telinga bersih tidak ada serumen hidung bersih tidak ada polip dan secret mulut dan gigi bersih tidak ada berlendir

tidak ada caries gigi, mukosa bibir lembab, dada tidak ada tarikan dinding dada, abdomen kembung ekstremitas normal, turgor kulit baik.

## 2.) Analisa masalah dan diagnose

Berdasarkan hasil pengkajian data didapatkan diagnosa yaitu anak dengan diare. Data dasar yang mendukung diagnosa ini adalah data subjektif yaitu ibu mengatakan anaknya BAB kurang lebih 4 kali dalam sehari dan berampas, panas muntah tiap kali makan. Data objektif yang menunjang diagnosa adalah dari hasil pemeriksaan TTV diketahui: Nadi : 115x/menit, Suhu : 38°C, RR 35x/menit. Pemeriksaan fisik dengan cara pemeriksaan inspeksi hasilnya kepala dan rambut bersih tidak ada benjolan mata conjung tiva merah muda sclera putih kelopak mata hitam/normal telinga bersih tidak ada serumen hidung bersih tidak ada polip dan secret mulut dan gigi bersih tidak ada berlendir tidak ada caries gigi, mukosa bibir lembab, dada tidak ada tarikan dinding dada, abdomen kembung ekstremitas normal, turgor kulit baik.

## 3.) Antisipasi masalah dan potensial

Resiko Terjadinya Dehidrasi

## 4.) Tindakan Segera

Tindakan segera pada anak dengan diare adalah mengobservasi TTV, pemberian obat, KIE nutrisi.

## 5.) Perencanaan

Perencanaan pada anak dengan diare adalah melakukan pendekatan pada ibu.

Pendekatan merupakan cara yang tepat untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan.

Menganjurkan pasien untuk banyak istirahat, , melakukan cuci tangan 7 langkah. Cuci tangan 7 langkah merupakan cara pencegahan infeksi sehingga tidak terjadi penularan kuman dari petugas kesehatan kepada pasien atau dari pasien kepada petugas kesehatan. Melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital dan jelaskan dan motivasi ibu untuk menjaga personal hygiene.( kebersihan diri) untuk mencegah bakteri dan virus dan parasit. Ajarkan ibu untuk mengompres anaknya dan memakai baju yang tipis , baju yang tipis dapat menyerap keringat hingga suhu badan anak dapat turun.menganjurkan ibu untuk tetap memperhatikan kebutuhan nutrisi anak dengan tetap memperhatikan anak akan minum sesuai kebutuhan perhari, sedikit tapi sering dan berikan obat oralit untuk membantu mengganti cairan yang hilang karena diare. Serta membantu menghentikan diare.anjurkan ibu untuk memberikan anaknya diet rendah serat.diet rendah serat dapat mengurangi kerja peristaltik usus sehingga dapat mengurangi diare.ajarkan ibu cara pemberian obat pada anak yaitu pemberian oralit dengan cara saset oralit di larutkan dalam satu gelas air matang yang sangat di berikan pada anak setiap kali BAB zink 2 tablet dalam sehari dengan 2 kali pemberian yaitu satu tablet pagi dan satu tablet malam, di berikan setelah makan. dokumentasikan hasil pemeriksaan karena pendokumentasian merupakan bahan tanggung jawab dan tanggung gugat, bahan evaluasi dan bahan acuan asuhan untuk tindakan kebidanan selanjutnya.

#### 6.) Pelaksanaan

Pada tanggal 7-01-2016 pukul 11.00 wita. Pelaksanaan pada anak dengan diare yaitu melakukan pendekatan pada ibu. Sudah terjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan. Melakukan cuci tangan 7 langkah. Cuci tangan 7 langkah sudah dilakukan, menganjurkan pasien tirah baring miring kekiri, pasien sudah dapat melakukannya. Mengobservasi tanda-tanda vital KU lemah, kesadaran composmentis, Suhu : 38°C, Nadi : 115x/menit RR: 35 x/menit dan.menganjurkan ibu untuk tetap memperhatikan kebutuha nutrisi anak dengan tetap memperhatikan anak makan minum sesuai kebutuhan paerhari,sedikit tapi sering dan beri oralit setiap kali anak selesai muntah dan mencret. Menganjurkan ibu untuk mengompres anaknya dengan air hangat yaitu di dahi, ketiak, dan memakai pakaian terutama baju yang tipis. ajarkan ibu cara pemberian obat pada anak yaitu pemberian oralit dengan cara saset oralit di larutkan dalam satu gelas air matang yang sangat di berikan pada anak setiap kali BAB zink 2 tablet dalam sehari dengan 2 kali pemberian yaitu satu tablet pagi dan satu tablet malam, di berikan setelah makan

#### 7.) Evaluasi

Pada tanggal 7-01-2016 pukul 12.10 wita. petugas dan pasien sudah saling mengenal, pasien sudah mengetahui tentang kondisi kehamilannya dan sudah kooperatif dalam menerima tindakan perawatan yang dilakukan dan keluarga telah menandatangani persetujuan untuk pemberian mencuci tangan dengan 7 langkah

sebelum dan sesudah melakukan tindakan, keadaan umum pasien lemah kesadaran composmentis, Suhu : 38°C, Nadi : 115x/menit RR: 35 x/menit. Ibu sudah menerima anjuran yang di berikan dan sudah memberikan anaknya minum. Ibu sudah berjanji untuk mengompres anaknya saat panas serta memakaikan baju yang tipis pada anaknya. Ibu sudah menerima anjuran yang diberikan dan berjanji untuk memberikan obat pada anaknya sesuai dosis serta berjanji untuk memberikan larutan oralit pada anaknya tiap kali mencepet.

## Catatan Perkembangan

Tanggal : 8 Januari 2016

Pukul : 11.20 wita

Diagnosa : Anak umur 4 tahun 8 minggu dengan diare.

**S** : Ibu mengatakan anaknya masih BAB encer 3x dan berampas, panas dan muntah tidak lagi, napsu makan belum baik dan hanya ingin minum air.

**O** : Keadaan umum : anak masih tampak lemah, Kesadaran : composmentis

TTV : Suhu : 36,5°C, Nadi : 100x/mnt, Pernapasan : 30 x/mnt.

### Pemeriksaan Fisik

Wajah : pucat

Mata : tidak pucat, sclera putih, conjungtiva merah muda

Mulut : mukosa bibir kering, tidak sianosis

Abdomen : kembung (+), bising usus (+)

Kulit : cubitan kulit kembali lambat, kering

Ekstremitas : tidak ada oedema

Anus : normal, tidak ada kelainan

**A** : Anak umur 4 tahun 8 bulan dengan diare masalah teratasi sebagian.

**P** : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu keadaan anaknya masih tampak lemah, tanda-tanda vital anak yaitu suhu badan: 36,5°C, Nadi :



100x/mnt, Pernapasan : 30 x/mnt dalam batas normal. Ibu sudah mengetahui kondisi anaknya.

2. Menjelaskan dan memotivasi ibu untuk tetap menjaga *personal hygiene* (kebersihan diri) anaknya. Ibu sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan sudah menjaga *personal hygiene* (kebersihan diri) anaknya.
3. Menganjurkan ibu untuk selalu memberikan banyak minum pada anak. Ibu sudah menerima anjuran yang diberikan dan sudah memberikan banyak minum pada anaknya.
4. Menganjurkan ibu untuk memberikan anaknya diet rendah serat. Ibu sudah menerima anjuran yang diberikan dan sudah memberikan diet rendah serat pada anaknya, makan setengah porsi, anaknya menghabiskan bubur setengah porsi.
5. Menganjurkan ibu untuk memberikan makanan yang bergizi pada anaknya. Ibu sudah memberikan makanan yang bergizi pada anaknya.
6. Menginformasikan kepada ibu agar anak istirahat yang cukup. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan anak sudah istirahat cukup.
7. Menganjurkan ibu untuk memberi obat pada anak sesuai dosis yang ditentukan serta memberikan larutan oralit atau larutan gula garam pada anak setiap kali muncet. Ibu sudah menerima anjuran yang diberikan dan sudah memberikan obat pada anaknya sesuai dosis serta sudah memberikan larutan oralit pada anaknya tiap kali diare.

8. Memastikan bahwa anak minum obat dengan melihat obat apakah berkurang atau tidak, anak minum obat sebagian.

### **Catatan Perkembangan Hari Ke-2**

Tanggal : 9 Januari 2016

Pukul : 11.15 wita

Diagnosa : Anak 4 tahun 8 minggu umur dengan diare.

**S** : Ibu mengatakan anaknya tidak mencekrek lagi, panas dan muntah tidak lagi tapi nafsu makan belum kembali normal seperti sebelum sakit dan minum air seperti biasa.

**O** : KU: baik dan anak sudah mulai aktif, kesadaran: composmentis, anak tidak ada nafsu makan

TTV: Suhu: 36,5°C, Nadi: 90x/mnt, Pernapasan: 30 x/mnt

#### **Pemeriksaan Fisik**

Wajah : pucat

Mata : tidak pucat, sclera putih, conjungtiva merah muda

Mulut : mukosa bibir kering, tidak sianosis

Abdomen : kembung (+), bising usus (+)

Kulit : cubitan kulit kembali lambat, kering

Ekstremitas : tidak ada varises dan oedema

Genitalia :normal,tidak ada kelainan

Anus :normal, tidak ada kelainan

**A** : Anak umur 4 tahun 8 bulan dengan diare, masalah teratasi sebagian

- P** :
1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu keadaan anaknya sudah baik, tanda-tanda vital anak dalam batas normal yaitu suhu badan: 36,5°C, Nadi: 90x/mnt, Pernapasan: 30 x/mnt. Ibu sudah mengetahui kondisi anaknya.
  2. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga *personal hygiene* (kebersihan diri) anaknya. Ibu sudah menjaga *personal hygiene* (kebersihan diri) anaknya.
  3. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan baik dalam rumah maupun diluar rumah. Ibu sudah menjaga kebersihan lingkungan baik didalam, maupun diluar rumah.
  4. Menganjurkan ibu untuk memberikan makanan yang bergizi pada anaknya. Ibu sudah memberikan makanan bergizi pada anak.
  5. Menganjurkan ibu untuk memberikan makanan seperti biscuit pada anak bila anak tidak ingin makan nasi. Ibu sudah memberikan makanan sampingan pada anak berupa biscuit gabing.
  6. Menganjurkan ibu untuk menjaga anaknya agar tidak banyak bermain di luar rumah dan perbanyak istirahat di rumah. Ibu menerima anjuran dan sudah menjaga anaknya untuk banyak istirahat.
  7. Menganjurkan ibu agar tidak memberikan obat lagi pada anak bila anak tidak muncet, panas dan muntah lagi. Ibu menerima anjuran dan anak tidak mengkonsumsi obat lagi.

8. Memastikan bahwa anak minum obat dengan melihat obat apakah berkurang atau tidak.

### **Catatan Perkembangan Hari Ke-3**

Tanggal : 10 Januari 2016

Pukul : 11. 30 wita

Diagnosa : Anak umur 4 tahun 8 minggu dengan diare.

**S** : Ibu mengatakan anaknya tidak mencret lagi, panas dan muntah tidak lagi dan napsu makan sudah kembali normal seperti sebelum sakit.

**O** : Keadaan umum: sudah membaik dan sudah aktif, kesadaran: composmentis

TTV: suhu: 37°C, nadi: 90 x/mnt, pernapasan: 30 x/mnt

Pemeriksaan fisik

Wajah : tidak pucat

Mata : tidak pucat, sclera putih, conjungtiva merah muda

Mulut : mukosa bibir kering, tidak sianosis

Abdomen : kembung (-), bising usus (+)

Kulit : cubitan kulit cepat kembali

Anus : normal, tidak ada kelainan

**A** : Anak umur 4 tahun 8 minggu dengan keadaan umum baik, masalah teratasi.

- P :** 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu keadaan anaknya sudah baik, tanda tanda vital anak dalam batas normal yaitu suhu badan: 37°C, nadi: 90 x/mnt, pernapasan: 30 x/mnt. Ibu sudah mengetahui kondisi anaknya.
2. Menganjurkan ibu untuk memberikan makanan yang bergizi pada anaknya. Ibu sudah memberikan makanan bergizi pada anak.
3. Menganjurkan ibu untuk menjaga makan anaknya bila anak sudah beli makan di luar rumah maka jaga agar tidak membeli makanan yang dijajakan terbuka. Ibu sudah menjaga makan anaknya dan tidak menganjurkan anak beli makanan diluar rumah yang dijajakan terbuka.
4. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan makanan bila membuat makanan untuk anak. Ibu sudah menjaga kebersihan makanan yang dibuat untuk anaknya seperti menutup makanan yang sudah disajikan untuk anak.
5. Menginformasikan kepada ibu agar anak selalu istirahat yang cukup dirumah. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan anak sudah istirahat cukup.
6. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga *personal hygiene* (kebersihan diri) anaknya yaitu cuci tangan setelah buang air besar maupun kecil dan sehabis bermain dengan menggunakan sabun, dan cuci tangan setelah dan sesudah makan dengan menggunakan sabun. Ibu sudah menjaga *personal hygiene* (kebersihan diri) anaknya.
7. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan W.C rumah terutama jamban agar tidak ada lalat. Ibu sudah menjaga kebersihan W.C rumah

8. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan baik dalam rumah maupun diluar rumah. Ibu sudah menjaga kebersihan lingkungan baik didalam, maupun diluar rumah.
9. Memberikan penyuluhan pada orang tua tentang tanda gejala diare, cara mencegah diare, penatalaksanaan diare dan cara pembuatan larutan gula garam serta mengajarkan pada anak cara mencuci tangan yang baik dan benar. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan anak sudah dapat mencuci tangan dengan baik dan benar.
10. Meberitahu ibu untuk tetap memberikan obat cotrimeksazol pada anak sampai obat habis, meskipun anak sudah sembuh, pasien boleh pulang atas persetujuan dokter, control ulang 4 hari, anak boleh pulang, jam pulang 13:15 wita, anak dalam keadaan baik.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan pada tanggal 7 hingga 11 Juni 2016 dari hasil pemeriksaan terlihat jelas adanya hubungan antara teori dan kasus nyata dilapangan maka diuraikan tujuh langkah verney's.

1. Melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang dapat disimpulkan data subyektif dan data obyektif yang memberikan gambaran tentang kasus Diare. Anak mencret 4x air-air, mual dan muntah, panas, mukosa bibir lembab, turgor kulit baik dan keadaan lemah. Hal inilah yang menjadi data dasar untuk menegakkan diagnosa.
2. Berdasarkan analisa data subyektif dan data obyektif yang dikumpulkan maka dapat ditegakkan diagnose yaitu: anak umur 4 tahun 8 bulan dengan diare.
3. berdasarkan analisa data subyektif dan obyektif yang di kumpulkan. Antisipasi masalah potensial pada diare adalah resiko terjadinya dehidrasi.
4. Berdasarkan Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan segera pemberian cairan dan obat

5. Rencana tindakan disusun berdasarkan rasional sesuai dengan diagnosa berupa pendidikan kesehatan, observasi dan kolaborasi dengan dokter.
6. Pelaksanaan dilakukan sesuai rencana yang melibatkan klien dan keluarga yang bersifat promotif, kuratif dan rehabilitatif.
7. Evaluasi asuhan yang diberikan secara komperhensif dari tanggal 7-11 Januari 2016 dengan menggunakan SOAP. Asuhan kebidanan yang komperhensif dan kerjasama yang baik dari ibu dan keluarga serta petugas kesehatan maka komplikasi dapat dicegah secara cepat.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Institusi Pelayanan**

Hendaknya rumah sakit memberikan informasi-informasi tentang kesehatan pada pasien dengan menggunakan leaflet agar dapat diinformasikan pada orang lain, sehingga pengetahuan masyarakat tentang kesehatan, Meningkatkan pelayanan terutama untuk mendeteksi secara dini yang dapat terjadi guna menurunkan angka kejadian Diare di. RSU Prof.W.Z.Yohanes Kupang.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai evaluasi kemajuan mahasiswi kebidanan dalam menerapkan asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan sehingga penyelesaian studi kasus dimasa yang akan datang lebih baik.



### 3. Bagi Petugas Kesehatan.

Petugas/ Bidan hendaknya melakukan pengkajian Diare secara tepat agar tidak muncul komplikasi yang tidak lebih berat sesuai dengan tahap-tahap asuhan kebidanan. Dalam melaksanakan asuhan kebidanan diperlukan kerja sama dengan tim kesehatan yang lain, serta keluarga sehingga dapat dilakukan penentuan tindakan yang tepat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ngastiyah. 2012. *Perawatan Anak Sakit Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak Untuk Perawatan dan Bidan Edisi 1*. Jakarta: Salemba Medi
- Winarsih, Sri. 2013. *Asuhan Kebidanan pada Balita Sakit dengan Diare Dehidrasi Sedang*. Available from
- Sudarti. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sudarti dan Afroh Fauziah, 2011, *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sujianti, Susanti. 2009. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Suryanah, 1996. *Keperawatan Anak Untuk Siswa SPK*. Jakarta: EGC.
- Suryani, 2011. *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Yogyakarta. Nuha Medika.
- Gayton 1995, *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak Untuk Perawatan*. EGC.
- Depkes RI. 2007. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Sofyan. 2006. IBI. Jakarta: PP IBI
- Hidayat. 2010. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Erlangga
- Romauli, 2011. *Metodologi Penelitian dan Statistik*. Jakarta

**ASUHAN KEBIDANAN PADA AN. K.M UMUR 4 TAHUN  
2 BULAN DENGAN DIARE DEHIDRASI RINGAN DIRUANGAN  
KENANGA RSUD Prof. W.Z. YOHANES  
KUPANG TANGGAL 7-10 JANUARI  
2016**

**I. PENGKAJIAN**

Tanggal :7-01-2016  
Oleh :SITI MARYAM B. WONGSO  
Jam :9.30 WITA

**A. DATA SUBYEKTIF**

**1. BIODATA**

a. Namaanak	:An. K. M		
Umur	:4tahun2 bulan		
Jeniskelamin	:Perempuan		
b. Nama orang tua			
Namaayah	: Tn. A.k	Namaibu	:Ny. P.A
Umur	:31tahun	Umur	:30 tahun
Suku/bangsa	:Sabu	Suku/bangsa	:Sabu
Agama	:KristenProtestan	Agama	:Kristen
Protestan			
Pendidikan	:SMA	Pendidikan	:SMA
Pekerjaan	:Wiraswasta	Pekerjaan	:IRT
Alamat	:NunbaunDelha	Alamat	
	:NunbaunDelha		

KELUHAN UTAMA: Ibu mengatakan bahwa padat anggal 7-01-2016 pukul 00.25 wita anaknya BAB encer 7 kali perhari,dalam sehari dan berampas, muntah tiap kali makan, panas sejak tanggal 7-01-2016 pada pukul 22.00 wita setelah mengalami gejala sepertiii tuanak tidak mau makan.

2. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG: Anak Dengan Diare Dehidrasi Ringan

3. RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN

a. Antenatal care

b. Natal care

UmurKehamilan :40minggu

Penolong/ tempat :bidan

Keadaanwaktulahir :sehat

Cara melahirkan :normal

Beratbadan :3000 gram

4. RIWAYAT IMUNISASI

a. BCG :sudah di berikan

b. DPT 1, 2, 3 :sudah di berikan

c. POLIO :sudah di berikan

d. Hepatitis 1, 2, 3 :sudah di berikan

e. Campak :sudah di berikan

5. RIWAYAT SOSIAL

a. Yang mengasuh :kedua orang tuakandung

b. Hubungan dengan anggota keluarga :baik

c. Pembawaan secara umum :baik

## 6. POLA PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR

### a. Nutrisi

- Jenismakanan :nasi, bubur,biskuit, sayur
- Frekuensi :2 kali
- Jenisminuman :air putih
- Nafsumakan :kurangbaik

### b. Eliminasi

- BAB
  - Warna :kuning
  - Bau :khasfeses
  - Konsistensi :cair
  - Frekuensi :7 kali/ hari
- BAK
  - Warna :kuning
  - Bau :khasamoniak
  - Frekuensi :1-2 kali/ hari

### c. Istirahatdantidur

- Tidursiang :2 jam/ hari
- Tidurmalam :5-6 jam / hari, kadang bangun tengah malam.

### d. Kebersihandiri

- Mandi :2 kali/ hari
- Gosokgigi :1 kali/ hari
- Gantipakaiandalam : 2 kali/ hari

## B. DATA OBYEKTIF

### 1. PEMERIKSAAN UMUM

- a. Keadaanumum :lemah
- b. Kesadaran :composmentis

- c. TTV : S:38, N:115x/menit, RR:35x/menit
- d. BB sebelumsakit :16 kg
- e. BB saatini :14 kg

## 2. PEMERIKSAAAN FISIK

- a. Kepala dan rambut :bersih, tidak ada benjolan, ubun-ubun tidak cekung
- b. Mata: konjungtiva merah muda, sclera putih, mata cekung
- c. Telinga:bersih tidak ada serumen
- d. Hidung:bersih tidak ada polip
- e. Mulut dan gigi:bersih, tidak ada berlendir serta tidak ada caries gigi, mukosa bibir kering
- f. Dada:tidak ada tarikan dinding dada
- g. Abdomen: turgor kulit saat kulit bagian perut di cubit pengembalian kulit seperti semula lambat. Ada bising usus, abdomen kembung
- h. Ekstremitas:normal
- i. Turgor kulit: kembali lambat

## II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Ibu mengatakan anaknya BAB encer 7 kali /hari

## III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Resiko Terjadinya Dehidrasi Berat

## IV. TINDAKAN SEGERA

Tindakan segera adalah berimunisasi sebanyak untuk memperbaiki keadaan umum, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan intravena jika dehidrasi berat.

## V. PERENCANAAN

- 1) Lakukan pendekatan pada pasien dan keluarga  
R/ :Pendekatan pada komunikasi yang baik dapat membuat pasien dan keluarga lebih kooperatif.
- 2) Lakukan observasi keadaan umum dan TTV dan informasikan hasil pemeriksaan pada ibu tentang keadaan anaknya.

R/:TTV merupakan parameter untuk mendeteksi adanya kelainan pada tubuh dan Informasi yang diberikan bertujuan agar ibu dan keluarga dapat mengerti tentang kondisi anaknya saat ini.

- 3) Jelaskan dan motivasi ibu untuk menjaga personal hygiene anaknya (kebersihan diri).

R/ :Dengan personal hygiene yang baik dapat mencegah bakteri, virus dan parasit penyebab diare

- 4) Anjurkan ibu untuk tetap memperhatikan kebutuhan nutrisi anak dengan tetap memperhatikan anak makan minum sesuai kebutuhan perhari, sedikit tapi sering dan beri oralit atau larutan LGG setiap kali anak selesai muntah dan mencret.

R/:Nutrisi yang cukup dapat mempercepat proses penyembuhan serta oralit atau larutan LGG berfungsi untuk membantu mengganti cairan yang hilang karena diare karena diare serta membantu menghentikan diare.

- 5) Anjurkan ibu untuk mengompres anaknya dan memakaikan baju yang tipis

R/ :Baju yang tipis dapat menyerap keringat sehingga suhu anak dapat turun.

- 6) Anjurkan ibu untuk tidak memberikan makanan yang berminyak pada anak

R/makanan yang berminyak dapat mengundang mual bahkan sampai muntah.

- 7) Anjurkan ibu untuk memberikan anaknya diet rendah serat

R/:Diet rendah serat dapat mengurangi kerja peristaltik usus sehingga dapat mengurangi diare.

- 8) Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi

R/ :Terapi yang sesuai dapat mempercepat proses penyembuhan.

- 9) Ajarkan ibu cara pemberian obat pada anak

R/:pemberian obat sesuai dosis dan teratur dapat mempercepat proses penyembuhan.

10) Anjurkan ibu untuk memberi obat pada anak sesuai dosis yang ditentukan

R/ :Pemberian obat yang tepat dan sesuai dosis dapat mempercepat proses penyembuhan.

## VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 7 Januari 2016

Pukul : 11.00 wita

Diagnose : Anak umur 4 tahun 2 bulan dengan diare.

1. Melakukan pendekatan pada pasien dan keluarga
2. Melakukan observasi keadaan umum dan TTV
3. Menjelaskan dan memotivasi ibu untuk menjaga *personal hygiene* (kebersihan diri) anaknya
4. Menganjurkan ibu untuk tetap memperhatikan kebutuhan nutrisi anak dengan tetap memperhatikan anak makan minum sesuai kebutuhan perhari, sedikit tapi sering dan beri oralit setiap kali anak selesai muntah dan mencret.
5. Menganjurkan ibu untuk tidak memberikan makanan yang berminyak pada anak
6. Menganjurkan ibu untuk memberikan anaknya diet rendah serat seperti sayur dan buah-buahan.
7. Melakukan kolaborasi dengan tim medis (Dokter) dalam pemberian terapi
8. Menganjurkan ibu cara pemberian obat pada anaknya itu pemberian oralit dengan cara 1 saset oralit di larutkan dalam satu gelas air matang yang hangat diberikan pada anak setiap kali setelah BAB, cotri 1 tablet dalam sehari diberikan setelah makan, zink 2 tablet dalam sehari dengan 2 kali pemberian yaitu 1 tablet pagidan 1 tablet malam diberikan setelah makan, donperidon 1 tablet dalam sehari dengan 2 kali pemberian yaitu ½ tablet pagidan ½ tablet



malam diberikan setelah makan, Paracetamol 1 ½ tablet dalam sehari dengan 3 kali pemberiannya itu ½ tablet pagi, ½ tablet siang dan ½ tablet malam diberikan setelah makan dan pemberian cairan infuse RL dengan 12 tetes permenit,

9. Menganjurkan ibu untuk memberi obat pada anak sesuai dosis yang ditentukan serta memberikan larutan oralit pada anak setiap kali mencret.

## VII.Evaluasi

Tanggal : 7 Januari 2016

Pukul : 12.10 wita

Diagnose : Anak umur 4 tahun 2 bulan dengan diare.

1. Pasien dan keluarga menerima dan menjawab semua pertanyaan yang diberikan.
2. Keadaan umum baik, hasil observasi TTV yaitu suhu badan: 38°C, nadi: 115 x/mnt, pernafasan: 35 x/mnt.
3. Ibu sudah berjanjiakan selalu menjaga *personal hygiene* (kebersihan diri) anaknya yaitu mandi 2x/hari, ganti baju 2x/hari, cuci tangan sebelum dan sesudah makan serta setelah BAB dan BAK.
4. Ibu sudah menerima anjuran yang diberikan dan sudah memberikan anaknya minum air..
5. Ibu sudah berjanji tidak memberikan anaknya makanan yang berminyak.
6. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan sudah memberikan diet rendah serat pada anaknya.
7. Sudah melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi pada anak.
8. Ibu sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan setuju dengan cara pemberian cairan intravena dan obat pada anak.
9. Ibu sudah menerima anjuran yang diberikan dan berjanji untuk memberikan obat pada anaknya sesuai dosis serta berjanji untuk memberikan larutan oralit pada anaknya tiap kali mencret.



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG  
(STIKes CHM-K)**

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**

**JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia**

**LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS**

**Nama mahasiswi : Siti Maryam B. Wongso**  
**NIM : 132111140**  
**Pembimbing I : Meri Flora Ernestin, SST, M.Kes**

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	27/07/2016	Bab I – II	Perbaiki	
2	29/07/2016	Bab I – II	Perbaiki	
3	03/08/2016	Bab II	Perbaiki	
4	20/08/2016		ACC	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG  
(STIKes CHM-K)**

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**

Jl. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

**LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS**

**Nama mahasiswi : Siti Maryam B. Wongso**

**NIM : 132111140**

**Pembimbing I : Meri Flora Ernestin, SST, M.Kes**

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	27/07/2016	Bab I – II	Perbaiki	
2	29/07/2016	Bab I – II	Perbaiki	
3	03/08/2016	Bab II	Perbaiki	
4	20/08/2016		ACC	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG  
(STIKes CHM-K)**

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**




JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

**LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS**

Nama mahasiswi : Siti Maryam B. Wongso

NIM : 132111140

Penguji : Florentianus Tat, S.Kp, M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	16/09/2016	Bab I – IV	Perbaiki	
2	26/09/2016	Bab IV	Perbaiki	
3	16/11/2016		ACC	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG  
(STIKes CHM-K)**

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**




JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

**LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS**

**Nama mahasiswi : Siti Maryam B. Wongso**

**NIM : 132111140**

**Pembimbing I : Meri Flora Ernestin, SST, M.Kes**

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	17/11/2016	Abstrak, Kata Pengantar	Perbaiki	
2	18/11/2016	Abstrak	Perbaiki	
3	22/11/2016		ACC	





**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG  
(STIKes CHM-K)**

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**



**JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia**

**LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS**

**Nama mahasiswi : Siti Maryam B. Wongso**

**NIM : 132111140**

**Pembimbing II : Gaudentiana R. Mauk, SST**

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	17/11/2016	Abstrak, Kata Pengantar	Perbaiki	
2	18/11/2016	Abstrak	Perbaiki	
3	22/11/2016		ACC	